

# Utredning i multidisciplinära team av patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa.

Förändring i psykisk ohälsa och sjukskrivning efter 6 månader.

Mona Rysäter

Handledare Gunnar Ahlborg jr

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademin vid Göteborgs  
Universitet 2004/2006

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	4
Undersökt grupp .....	5
Metod.....	6
Resultat.....	8
Diskussion.....	11
Litteraturförteckning.....	15

## Sammanfattning

Mona Rysäter, Hälsan och arbetslivet, Lorensbergsgatan 14,  
411 36 Göteborg mona.rysater@vgregion.se

**Syfte:** Syftet är att få ökad kunskap om förändring i hälsa och sjukskrivning hos individer/patienter med stressrelaterad ohälsa som bedömts av ett multidisciplinärt team. Ohälsa avser depression, ångest och utmattningssymptom samt hälsorelaterad livskvalitet

**Undersökt grupp:** Personal med stressrelaterade problem anställd inom Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands Län.

**Metoder:** Jämförelse av sjukskrivningsgrad och hälsoläge vid, och 6 månader efter bedömning av ett multidisciplinärt team inriktat på stress och utmattningssymptom. Instrumenten för att mäta förändring i psykisk ohälsa är 3 självskattningsformulär, Hospital Anxiety and Depression scale; HAD, Psychologic General Well-Being; PGWB och Shirom-Melamed Burnot Questionaire; SMBQ.

Självskattningsformuläret fylldes i innan första kontakten med företagssköterskan i teamet samt vid uppföljning efter 6 månader. Uppföljningen bestod i en kort telefonintervju med frågor om sjukskrivningsgrad och hälsoläget.

**Resultat:** Sjukskrivningsgraden minskade hos 45 %, endast en hade ökat. Hälsoläget förbättrades hos mer än 50 % 6 månader efter mötet med teamet. Antalet personer med depression enligt HAD hade minskat från fem till en och de med ångest enligt HAD från åtta till tre.

Tolv personer har minskat och fem har ökat sitt poängmedelvärde på SMBQ Globalskalan.

Välbefinnandet enligt PGWB-skalan ökade. Antalet med poäng över 100 ökade från tre till åtta och de med poäng 95 eller lägre minskade från fjorton till tio.

**Slutsats.** En viss förbättring avseende både sjukskrivningsgrad och hälsan avseende psykiskt välbefinnande och utmattning tycks föreligga hos en stor del av gruppen. Det finns även de som under perioden har försämrats. Det går ej att dra några slutsatser om orsaker till förändringen.

För att få en mer generell bild bör det vara en större och mer homogen grupp, som följs under längre tid, då det är en mångfacetterad problematik.

## Inledning

1997 skedde en dramatisk ökning av långtidssjukskrivningen i Sverige, vilket orsakade ökade samhällskostnader. Man konstaterade att den psykiska ohälsan hade ökat. Rapportering från kliniskt verksam personal, arbetsgivare och personal inom FK-systemet talade om att det var allt fler patienter som sökte för utmattning och stressrelaterade symptom (1). Arbetssituationen beskrevs som en mycket betydelsefull faktor. Yrken där man har mycket människokontakt var mer representerade bland dem som drabbats av psykisk ohälsa. Christina Maslach beskrev fenomenet i sin bok "Burnout-the cost of caring" redan på 1980-talet (2). Anställda inom offentlig sektor, där vård och omsorgsyrkene finns, drabbades till stor del.

I sjukdomsbilden finns en mångfald av symptom. Somatiska symptom från bl.a. muskler i form av värk, spänning och yrsel är vanliga. Magtarmfunktionen och manifestationer från autonoma nervsystemet ställer till besvär hos vissa. Sömnstörning och trötthet är vanligt förekommande. Psykiska sjukdomar och symptom, som ångest, oro och ängslan, liksom sinnesstämningsförskjutningar som tar sig uttryck i t.ex. irritabilitet, agitation, nedstämdhet, initiativlöshet som i vissa fall uppfyller kriterier för egentlig depression, var en ökande orsak till långtidssjukskrivning (3).

Utmattningstillstånd är ett komplext begrepp som rymmer ett flertal diagnoser, där det för var och en oftast finns en evidensbaserad terapi/behandling, men för helhetsbegreppet utmattningssyndrom/-tillstånd saknas etablerad behandling.

För att öka kunskapen och på ett bra sätt kunna kartlägga utvecklingen av symptom, som tycks ske på ett likartat sätt, är arbete i tvärprofessionella team ett sätt att belysa detta mångfacetterade tillstånd.

2004 gjordes en överenskommelse mellan Institutet för Stressmedicin (ISM) och hälsan & arbetslivet (h&a) om ett samarbete för att starta ett projekt med konsultativa, multidisciplinära team för utredning och bedömning av patienter med stressrelaterad sjukdom. Avsikten var att förbättra omhändertagandet av patienter med stressrelaterad ohälsa, i första hand anställda inom Västra Götalandsregionen (VGR) och Försäkringskassan i Västra Götaland (FK), samt att medverka till ett optimalt omhändertagande av denna patientgrupp, så att rehabiliteringen underlättades och förkortades.

ISM finansieras av näringsdepartementet, VGR och FK. ISM består av 3 delar; forskning, prevention och behandling och har som syfte att genom kunskapsbildning och kunskapsspridning bidra till att minska den stressrelaterade ohälsan.

Hälsan & arbetslivet (h&a) är en intern företagshälsovård (FHV) inom VGR med verksamhet på flera platser inom regionen. Tre viktiga målområden för h&a är; miljöinriktad rehabilitering, systematiskt arbetsmiljöarbete och samband mellan hälsa och produktivitet.

I ISM:s lokaler på Gruvgatan i Gbg startades ett multidisciplinärt team, sk "moderteam". Multidisciplinära team startades i Skövde, Trollhättan, Göteborg och Borås, sk "satellitteam".

**Syftet** med denna undersökning var att få ökad kunskap om förändring i psykisk ohälsa och sjukskrivning hos personer med stressrelaterad ohälsa som bedömts av ett multidisciplinärt team. Ohälsa avser depression, ångest och utmattningssymptom samt hälsorelaterad livskvalitet.

### **Undersökt grupp**

Studiepersonerna var personal, anställda inom VGR eller FK. De kunde remitteras av läkare i primärvård, FHV eller aktualiseras via sin egen FHV som fått uppdraget från patientens chef.

Patienterna skulle ha misstanke om stressrelaterad sjukdom som utmattningssyndrom, depression och/eller ångest.

Ofta var det medarbetare som under lång tid haft besvär med trötthet eller nedstämdhet. Flera var sjukskrivna partiellt eller helt. Man ville ha hjälp med rehabilitering, bedömning och om det var arbetsrelaterat/orsakat. I många fall fanns misstanke om att det var problem i privatlivet. Ett mindre antal kom för att förebygga sjukskrivning då chefen noterat att personen verkade trött och stressad.

Under våren 2005 vidgades remissindikationerna, gällande sjukskrivningstid, för att öka antalet patienter. Grunden till det var att teamen i Borås, Skövde och Trollhättan hade för få patienter. Inremittering från primärvård var mycket liten. H&a tar inte emot remisser från andra vårdinstanser som tex primärvård förutom i detta specialfall då det gäller bedömning på ISM:s satellitteam.

Vid undersökningens genomförande hade 20 patienter utvärderats efter 6 månader, varav 4 i Göteborg, 9 i Skövde och 7 i Borås.

Åldern varierar från 32 år till 62 år (tabell 1).

**Tabell 1. Ålders och könsfördelning**

Ålder	Kvinnor	Män
>35	2	
35 – 54	4	
45 – 54	10	2
55 – 64	2	
<b>Totalt</b>	18	2

10 personer har yrken som man direkt associerar med vård och omsorg; undersköterska 2, sjuksköterska 3, barnskötare 1, arbetsterapeut 1 och läkare 3 (tabell2). Vi har inte kunskap om de övrigas verksamhetsområde men pedagog, projektledare, facklig företrädare och läkarsekreterare är

yrken som innebär engagemang och kontakter med människor som är i behov av insatser/hjälp.

**Tabell 2. Yrkesfördelning**

Yrke	Antal
Sjuksköterska	3
Undersköterska	2
Barnskötare	1
Läkare	3
Arbeterapeut	1
Läkarsekreterare	1
Lokalvårdare	1
Administratör	4
Projektledare	2
Pedagog	1
Facklig företrädare	1
Totalt	20

18 patienter fick vid konsultationen diagnosen utmattningssyndrom (tabell 3). Många fick dessutom depression och/eller ångestdiagnos.

**Tabell 3. Diagnoser\* som satts vid konsultationsmötet.**

Diagnos	Kod	Antal
Utmattningssyndrom	F43.8	18
Egentlig depression	F32.-	9
Generaliserat ångestsyndrom	F41.1	4
Paniksyndrom	F41.0	2
Ångestsyndrom UNS	F41.9	4
B-12 brist	E53.8	2
Yrsel	R42	1
Borrelia infektion	A69.2	1
Hypertoni	I10	1

\* Obs! En patient kan ha flera diagnoser.

### **Metod**

Det multidisciplinära teamet bestod av företagssköterska, ergonom, psykolog, assistent och läkare. Satellitteamen hade fortlöpande kontakt med ISM.

Metod och utvärdering för det övergripande projektet är fastlagt i överenskommelsen mellan ISM och h&a. Studiepersonerna fick genomgå blodprovstagning för att utesluta somatiska sjukdomar som t ex ämnesomsättningsrubbning, diabetes eller bristtillstånd. Alla genomgick också somatisk undersökning enligt mall inklusive EKG och antropometri. Med avseende på psykisk hälsa, stress, utmattning och livskvalitet användes ett antal självskattningsskalor.

Självskattningsformulären fylldes i av patienterna innan första mötet, vilket var med företagssköterskan som tog blodprover, EKG och antropometri. Här skedde också en första kommunikation avseende problem.

Därefter var patienten inbokad på separata konsultationer till yrkeskategorierna ergonom, psykolog och läkare i teamet. Tidsåtgången varierade mellan 45 och 90 min. Läkarkonsultationen innehöll anamnes och

kroppundersökning enligt mall samt ett informativt samtal om stressmekanismer och medicinering. Sjukskrivning och medicinering kunde påbörjas vid behov.

Samtliga i teamet träffades med avsikt att göra en samlad bedömning av psykiska och fysiska hälsoläget samt diskutera och "värdera" livsstilsfrågor och arbetsvillkor.

Vid ett sk "konsultativt möte" delgavs patient, FK, arbetsgivare och inremitterande resultatet med åtgärdsförslag.

Efter ca 6 månader gjordes en uppföljning vilken bestod i en förnyad skattning med hjälp av samma självskattningsskalor som vid start. Det gjordes en kort telefonintervju, där man frågade om hälsoläget och sjukskrivningsgrad.

### **Följande självskattningsskalor avseende psykisk hälsa användes:**

**Shirom-Melamed Burnout Questionnaire; SMBQ** (4, 5). Instrumentet består av 22 frågor graderade 1-7 och har 4 subskalor Burnout, Håglöshet, Spändhet och Mental trötthet. Det mått som använts i undersökningen är den totala poängsummans medelvärde, SMBQ-Global (6) där ett lågt värde innebär låg grad av utmattning

**Psychological General Well-Being; PGWB** (7). Skalan har använts för att mäta hälsorelaterad livskvalitet/psykiskt välbefinnande. Det är en skala med 22 frågor graderade 0-5, den mäter subjektivt psykiskt välbefinnande, där ett högt värde talar för upplevd god hälsa. I ett befolkningsurval från Malmö var medelvärdet för män 104 poäng och för kvinnor 101 poäng (8). PGWB har använts för att mäta skillnader mellan olika grupper, kvinnor med klimakteriebesvär och patienter med lättare hjärtsvikt 95 poäng, patienter med obehandlade magsår, svårare kärlkramp eller svårare hjärtsvikt 85 poäng och mentalpatienter 69 poäng.

**Hospital Anxiety and Depression scale; HAD** (9, 10). Skalan är ett enkelt självskattningsformulär som består av två delskalor: ångest respektive depression, vardera med sju frågor med fyra svarsalternativ poängsatta från 0-3. Värdet  $\leq 7$  indikerar "ingen besvärande ångest", "ej deprimerad", 8-10 poäng är ett stressindikerande läge "mild till måttlig ångest", gränssnitt, lätt depression.  $>10$  poäng anger kraftigt stresspåslag med oro övergående i ångest respektive hög sannolikhet för depression.

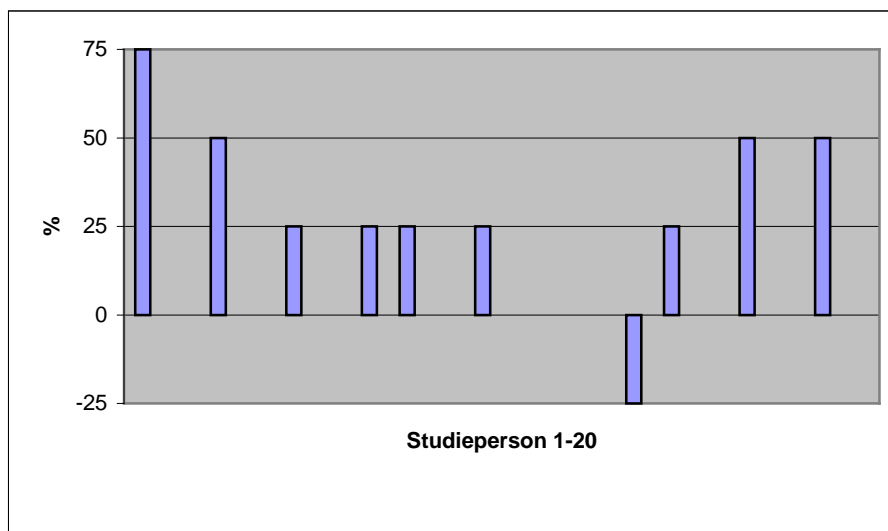
## Resultat

### Sjukskrivning

Alla utom två personer var sjukskrivna vid konsultationen, varav 12 heltid (Tabell 4). Hälften av studiepersonerna hade oförändrad sjukskrivningsgrad vid 6-månaders uppföljningen (Figur 1).

Tabell 4 Sjukskrivningsgrad vid 0 och 6 månader

Sjukskrivningsgrad %		
Vid 0 mån	Vid 6 mån	Antal
100	75	2
100	50	3
100	25	1
50	25	3
100	100	6
50	50	1
25	25	1
0	0	2
50	75	1
Totalt		20



Figur 1. Förändring i sjukskrivningsgrad 6 månader efter första kontakt med det multidisciplinära teamet. 10st har värdet 0, ej påverkad sjukskrivningsgrad.



## Ohälsan

### HAD

Vid första mötet hade 5 patienter >10 poäng, avseende depressionssjukdom och 8 patienter avseende ångestsjukdom (Tabell 5).

**Tabell 5. HAD poäng för depression respektive ångest vid 0 och 6 månader.**

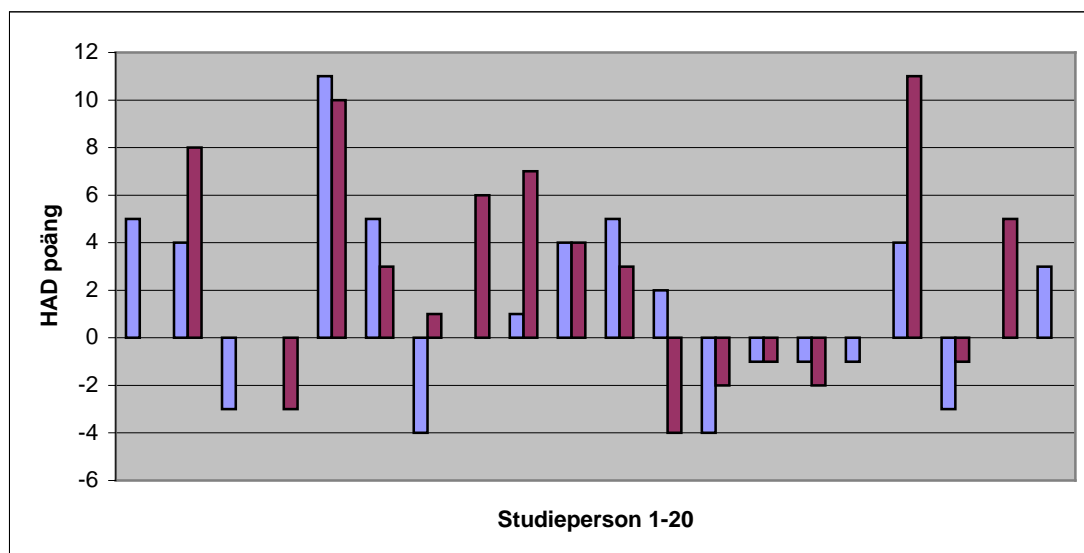
	Depression		Ångest	
Poäng*	0 mån	6 mån	0 mån	6 mån
<7	10	14	8	10
8-10	5	5	4	7
>10	5	1	8	3
Tot	20	20	20	20

\* Värdet  $\leq 7$  ingen ångest- eller depressionssjukdom.

8-10 är ett gränssnitt.

>10 talar för ångest och/eller depression som kan kräva behandling.

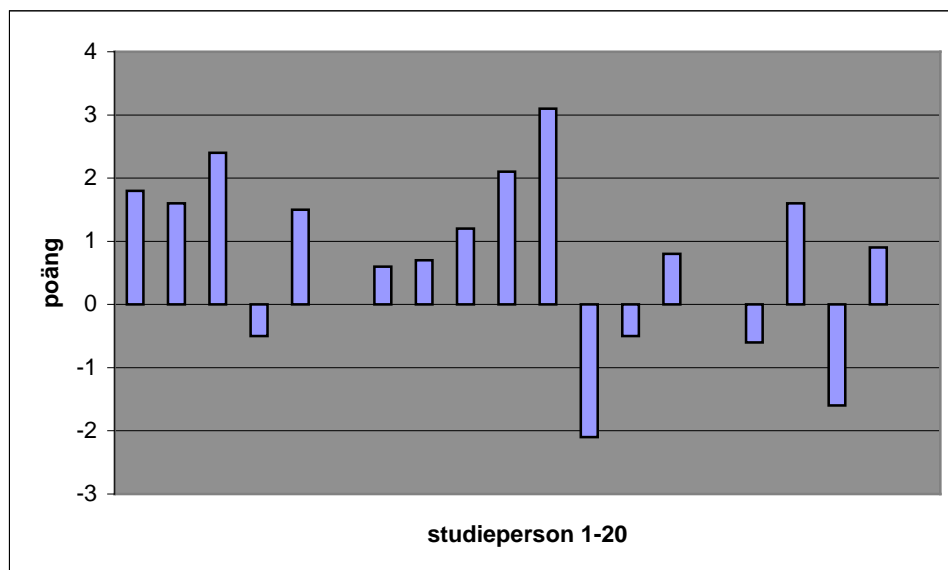
Av de 5 med >10p i depressionsskattningen har 2 gått ner till gränssnittet 8-10p, 3 patienter är <7, "frisk". 1 har ökade poäng, från gränssnittet till >10p. Av de 8 patienterna med >10p i ångestskattningen kommer 5 patienter under 10p, varav 1 under gränssnittet. 3 ligger väsentligen oförändrat högt (Figur 2).



**Figur 2. Skillnaden i skattning av ångest och depressionssymptom med 6 månaders mellanrum. Positivt värde innebär lägre värde (minskade symptom) vid 6 månader.**

### *SMBQ Global*

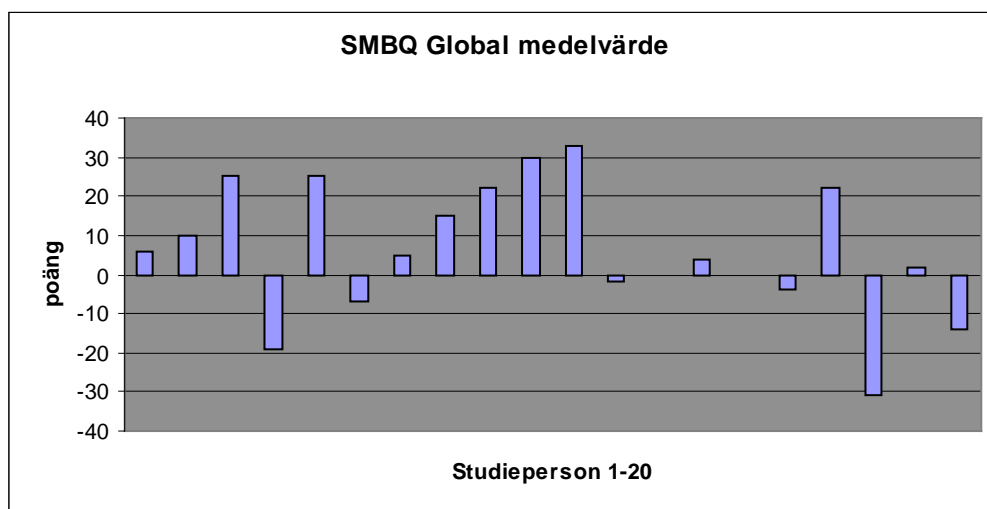
Tolv patienter angav minskad grad av utmattning enligt SMBQ- Global (Figur 3). Fem patienter hade ökat sitt poängmedelvärde vilket talar för ökad grad av utmattning och psykisk ohälsa, medan tillståndet var oförändrat för tre personer.



**Figur 3. Differensen mellan det globala medelvärdet vid start o vid 6 månaders uppföljning. Negativt värde innebär försämring (ökning av poängsumman).**

### *PGWB Psychological General Well-Being*

Vid första kontakten hade 3 personer över 100 poäng avseende det upplevda psykiska välbefinnandet i relation till hälsa, vilket är ungefär som referenspopulationen i Malmö. Efter 6 månader har detta antal ökat till åtta. Fjorton patienter har 95 poäng eller lägre, 95 motsvarar genomsnittet för "kvinnor med klimakteriebesvär och patienter med lättare hjärtsvikt" enligt Glise och medarbetare, 2001. Vid 6 månader hade åtta personer över 100 poäng och antalet som hade 95 eller lägre hade minskat till tio. 12 patienter hade kommit högre upp på skalan, d v s ökat sitt välbefinnande. Sex patienter har däremot minskad hälsorelaterad livskvalitet (Figur4).



**Figur 4. Skillnaden i PGWB poäng vid start och 6 månader senare. Negativt värde innebär en sänkning på skalan, vilken innebär en försämrad hälsorelaterad livskvalitet.**

## Diskussion

Sammanfattningsvis har det skett en minskning i sjukskrivningsgrad hos 45 % och hälsoläget, enligt skattningsskalorna, är förbättrat hos >50 % i studiegruppen 6 månader efter mötet med det konsultativa teamet. Man kan av detta inte dra några slutsatser om orsaker till förändringarna eller om konsultationsmötets effekt. då det finns ett flertal faktorer som inverkar på resultatet. Då avsikten var att öka kunskapen om förloppet hos personer med stressrelaterade besvär kan man se att läkningsprocessen är förhållandevis lång. Man kan också se att trots lång ss, ofta mer än flera månader kommer flera av patienterna i partiellt arbete och flera ökar sitt psykiska välbefinnande och får en bättre hälsa. Om man jämför sjukdomsförloppet tidsmässigt hos patienter inom psykiatri med ångest och depression är det inte orimligt med sjukskrivning under månader och ibland år (3).

### Sjukskrivningen

Förändringen i sjukskrivningsgrad varierar från minskning till ökning. Det saknas uppgifter om sjukskrivning, grad och längd, före första mötet med teamet. Man kan anta att det är av betydelse då tid är en viktig faktor i sjukdomsprocessen.

Variationen är stor avseende när i processen man får kontakt med teamet. En del har en lång sjukskrivningsperiod från start, medan några har kommit för att förebygga sjukskrivning. Någon i gruppen har fått ökad sjukskrivning. Det är en erfarenhet som inte är ovanlig bland de patienter som vi träffat i teamen, av vilken den här undersökta gruppen är en liten del.

En av förklaringarna till att psykiskt välbefinnande och arbetsförmåga, kan bli både bättre och sämre vid en insats, kan vara att man kommer till behandling vid olika tidpunkter i processen som leder till utmattning. Hans Selye (1) beskriver en modell för utvecklingen av stressreaktioner, där hot/fara inleds med en kort alarmfas, där vi orienterar oss och "fattar beslut" om reaktionssätt, kamp eller flykt, för att undanröja hotet, varefter man i kampen blir "supermänniska" och utvecklar ett enormt motstånd som syftar till att få bort faran för att kunna återgå till tryggheten/lågenergiförbrukningsnivå. I dagens samhälle är hotet/faran inte alltid tydlig och ofta förknippad med förlust av förmån, inkomst, statussänkning både materiellt och socialt. Motståndsfasen kan bli mycket lång och "starka" engagerade människor kan drivas mycket långt i sin kamp för att undanröja hotet som ofta är både diffust och komplext. Om kamp-flykt mekanismerna varit påslagna under lång tid kan man teoretiskt tänka sig/anta att utmattningsfasen utlöses vid kontakten med det multidisciplinära teamet där man ofta blir medvetandegjord om stressmekanismer, hotet och lösningsmöjligheterna. Detta innebär att vårdkontakten kan utlösa utmattningsfasen som kan bli både långvarig och djup.

### **Hälsoläget**

De flesta patienterna fick diagnosen utmattningssyndrom och mer än hälften fick depressionsdiagnos och hälften ångestdiagnoser. Det går inte ur materialet få fram om man påbörjat behandling och i så fall när. Dessa uppgifter är väsentliga om man skall bedöma depression och ångest, då medicinerings i initialskedet, av både ångest och depression, i många fall initialt kan ge ökad ångest (11).

Vid provtagning och somatisk undersökning framkom ett antal icke psykiatriska diagnoser som kan ha inverkan även på det psykiska hälsotillståndet.

B-12 brist kan ge symptom, som kan misstolkas som utmattning och depression. Två patienter upptäcktes med B-12 brist och de fick under perioden behandling. En patient behandlades för ej akut borreliainfektion, under den mellanliggande perioden vilket kan ha påverkat hälsotillståndet ur här undersökt aspekt. En patient hade nydebuterad hypertoni som ej blev optimalt behandlad under mätperioden.

### **HAD resultat:**

Antalet som har diagnosen egentlig depression är avsevärt större än antalet som bedöms ha behandlingskrävande depression enligt HAD.

Diskrepansen kan förklaras av att den kliniska bedömningen ger en bättre helhetsbild och eller av att det ingår ytterligare ett antal instrument, i det övergripande projektet, där man mäter depression och ångest.

De som fått någon ångestdiagnos skiljer sig inte avsevärt från HAD poängen för ångestsjukdom.

SMBQ Global resultat:

Här kan man se en tendens till förbättring hos

Mer än hälften av studiepersonerna är förbättrade enligt SMBQ Global avseende utmattningstillstånd, men resultatet visar också försämring hos en mindre grupp. Man kan anta att här spelar det in var i utmattningsprocessen man befinner sig.

PGWB resultat:

Välbefinnandet avseende hälsa har ökat hos mer än hälften av studiepersoner även om poängdifferensen i vissa fall är liten ser man en tendens. Hos 3 har det avsevärt försämrats, hos 1

En person har gått från en mycket hög poängnivå till ett värde under 95 poäng, här finns misstanke om att personen ej haft förmåga att fylla i formuläret vid första tillfället.

Ökningen av PGWB poäng och av medelvärdet SMBQ-Global poäng inträffar hos exakt samma personer i gruppen. Gruppen består av tolv personer, av vilka åtta har minskat sin sjukskrivningsgrad, vilket kan ge en fingervisning om att man är på väg ur utmattningen/sjukdomsprocessen.

Ökad sjukskrivningsgrad och oförändrat värde på både SMBQ Global och PGWB kan tala för att man är i ett tidigare skede av processen.

### **Metodproblem**

Gruppen är liten och heterogen.

De 20 personer som undersökts som ingår i ett större material är valda pga att deras 6-månadersuppföljning var klar, selektivt urval. De som svarat på intervjun och fyllt i skattningsskalorna efter 6 månader kan vara de som mår bäst.

Kunskap om tidigare sjukdom saknas. Det är av betydelse om det finns arvet för psykisk sjukdom eller om någon tidigare behandlats för psykisk sjukdom. Uppgift om stora traumatiska livshändelser och krisreaktioner saknas.

Det finns inte uppgifter om sjukskrivningstillfällen innan första mötet med teamen.

Av de 20 studiepersonerna är 12 kvinnor över 45 år. Det kan finnas en interagerande faktor i form av hormonella rubbningar i samband med klimakteriet. Det har varit vanligt med östrogenbehandling men med anledning av biverkningsrapporter förefaller det vara ett fåtal som idag har hormonbehandling.

Undersökningen visar att både sjukskrivning och psykisk hälsa och välbefinnande har förbättrats hos flera av studiepersonerna under en 6 månadersperiod

**Arbete i multidisciplinärt team.**

Det multidisciplinära teamets betydelse är svårt att värdera men arbetssättet har varit uppskattat av patienter, personal, arbetsgivare, FK och andra deltagare.

Varje enskild konsultation har haft sin specialitets infallsvinkel och bidragit till en samlad bild, inte enbart för "bedömarna" utan för patienten själv. Det har givits utrymme att rikta uppmärksamheten på faktorer i både arbetslivet och privatlivet som kan bidra till den psykiska hälsan.

Vid konsultationsmötet, där hela teamet deltar tillsammans med arbetsgivare och FK, har den främsta uppgiften varit att ge råd och stöd, för att hitta balansen mellan patientens förmåga och arbetsgivarens krav.

Det som är en positiv och intressant erfarenhet är att teamets möte med patienten tycks vara en mycket kraftfull intervention i processen.

Det framkom att en väsentlig funktion med det konsultativa mötet var att parterna sitter ned tillsammans under jämlika förhållanden och gemensamt försöker hitta en balans för att klara arbetsuppgiften. Det är ofta första gången detta sker. Man upptäcker ofta tankar om krav, konflikter och dylikt som är fantasier utan grund, man har tolkat och trott.

En annan viktig erfarenhet är att poängtera teamets fristående och rådgivande funktion, som på ett pedagogiskt sätt, kan visa på och informera om tillstånd men aldrig ta ställning. Detta ger trygghet åt både arbetsgivare och patient.

## Litteraturförteckning

1. Socialstyrelsen. Utmattningssyndrom – Stressrelaterad ohälsa. Socialstyrelsen Rapport 2003.
2. Maslach C. Burnout – the cost of caring. Prentice – Hall, Inc. – 1982.
3. [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)
4. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases, Behav Med, 1992;18:53-60.
5. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels. J Psychosom Res 1999; 6: 591-598.
6. Perski A, Grossi G.  
[www.stressmottagningen.org/assets/applets/Slutrapport.pdf](http://www.stressmottagningen.org/assets/applets/Slutrapport.pdf)
7. Dupuy H J. The psychological well-being (PGWB) Index. In: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CF, Elinson J, eds. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. Part II: Assessment Methodologies and Applications. Ort: Le Jaq Publishing Inc. 1984: 170-183.
8. Glise K, Benson-Dahlgren L, Hagberg M, Karlberg C. Livskvalitet hos läkare i relation till kön, ålder och arbetsplats. Rapport från Yrkes- och miljömedicin nr 88, 2001.
9. Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-70.
10. Lisspers J, Nygren A, Soderman E: some psychometric data for a Swedish sample. Acta Psychiatr Scand 1997 Oct;96(4):281-286.
11. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. Gul Rapport 166, 2004.